

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE
POUR LE 930
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean POREAUX

Né le 5 Août 1896 à St-Quentin (Aisne)

**Contribution à l'étude
des pleurésies purulentes aiguës
de la gestation et des suites de couches**

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean POREAUX

Né le 5 Août 1896 à St-Quentin (Aisne)

Contribution à l'étude des pleurésies purulentes aiguës de la gestation et des suites de couches

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgic.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-Rhino-Laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anat. pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgic.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgic.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiq.
 PETIT-DUTAILLIS . . Pathologie chirurgic.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgic.
 TROISIERS Pathol. expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgic.
 Justin BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE
 AUBERTIN
 BRULÉ
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VALLEY-
 RADOT
 SÉZARY

Clinique médicale.

MM

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE
 GUENIOT
 LE LORIER
 LEVY-SOLAL
 METZGER

Clinique Chirurgicale.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
Professeur de Clinique Médicale à l'Hôpital Laënnec

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse. En hommage de
profond respect.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR JACQUELINE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA BELLE-MÈRE

En témoignage de ma grande reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR P. MAUCLAIRE

Chirurgien Honoraire de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

*En remerciement pour la toute paternelle
bienveillance qu'il n'a cessé de me témoi-
gner au cours de mes longues années
d'études.*

A MON MAITRE ET AMI

M. LE DOCTEUR MAURICE HAMBURGER

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

*A qui je dois le meilleur de ma formation
médicale, en hommage de ma très vive
gratitude et de mon attachement très sin-
cère.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

*En reconnaissance pour le précieux ensei-
gnement que j'ai recueilli auprès de lui.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

Accoucheur de l'Hôpital des Enfants Assistés

*Qui m'a inspiré cette thèse.
Avec mes remerciements.*

A Z. C.

Avec toute ma reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'étudier le cas d'une observation due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé Vignes, accoucheur des hôpitaux, et concernant une pleurésie purulente aiguë au cours de la période des suites des couches, il nous a semblé intéressant d'en faire le sujet de notre modeste travail.

Cette complication, « pleurésie purulente aiguë » dans la gestation comme dans la suite des couches, est extrêmement rare et c'est en dépouillant de très nombreuses observations, qu'on arrive à isoler un de ces cas. D'autre part, en analysant les quelques cas que nous avons pu recueillir dans la littérature nous avons pu constater que leur étiologie n'était pas toujours identique, aussi nous a-t-il semblé utile d'en faire une différenciation au point de vue clinique, en appuyant cette classification, d'observations correspondantes.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs chapitres. Dans le premier chapitre nous insistons sur la *fréquence* très faible de cette complication.

Dans un deuxième chapitre nous en faisons *l'étude clinique* suivant les diverses formes étiologiques. Nous terminerons par un chapitre bref sur le *Traitement*, suivi des *conclusions* et d'un *index bibliographique*.

FRÉQUENCE

Sur 14 observations que nous avons pu recueillir de pleurésie purulente au cours de la gestation et des suites de couches, nous relevons six cas consécutifs à une *infection puerpérale*, quatre cas à la *suite de grippe* et quatre cas indépendants d'une infection puerpérale ou grippale, soit primitifs (3 cas), soit consécutifs à une pneumonie (1 cas).

Il est à remarquer que la pleurésie purulente aiguë dans la gestation ou dans les suites de couches, constitue une complication exceptionnelle. C'est ainsi qu'au cours de diverses épidémies de grippe et qui furent fréquemment observées chez les femmes enceintes, très rarement on observa une pleurésie purulente. La plupart des traités classiques d'obstétrique en font à peine mention.

C'est ainsi que Durr sur 101 cas de femmes enceintes présentant la grippe, observe que deux cas de broncho-pneumonies compliquées de pleurésies purulentes ; toutes deux succombèrent. Grillet également, sur 60 femmes enceintes avec grippe ne relève que 2 cas de complications pleurales de la

broncho-pneumonies, alors que Therivel, dans les services des Professeurs Couvelaire et Jeannin n'a pu recueillir aucun cas de pleurésie.

Il en fut de même dans les suites de couches : sur 10 observations de grippe prises au cours de la puerpéralité dans le service de Audebut, à Toulouse, par Breban une seule femme présenta une infection grippale pleuro-pulmonaire, se résolvant en deux septenaires et sans arriver au stade de suppuration. Cette grippe avait commencé un mois avant l'accouchement et présenta une recrudescence des symptômes pleuro-pulmonaires après l'accouchement.

Le Bourhis, sur 14 accouchées atteintes de grippe infectieuse à la Maternité hospitalière de Nantes au cours de l'épidémie de 1918-1919, ne vit aucune complication pleurale. La plupart présentèrent une pneumonie ou une broncho-pneumonie.

Au cours de la même épidémie en 1918, Tjanides relève chez les femmes au cours de la grossesse et de la puerpéralité des pleurites, des pleuro-pneumonies, des épanchements hématiques et purulents de la plèvre.

Cependant parmi les formes thoraciques de la grippe, la pleurésie purulente aiguë constituait la

complication la plus rare, coexistant parfois avec des broncho-pneumonies à foyers disséminés. Sur 14 cas que Tjanides a pu recueillir sur les complications pleurales, il ne constata qu'une seule fois une pleurésie purulente.

ETUDE CLINIQUE

En général, la pleurésie purulente aiguë chez la femme enceinte est rapidement intense, surtout dans les formes diaphragmatiques des pleurésies purulentes. L'angoisse est telle parfois qu'on peut croire à des accidents d'angine de poitrine (Chamberlent et Cathala). Après l'expulsion du fœtus, la dyspnée diminue le plus souvent. Nous ne décrivons pas ici les symptômes de la pleurésie purulente de la gestation ou des suites de couches, ils sont identiques aux descriptions classiques en dehors de ces états.

L'évolution de ces pleurésies dépend en général de l'infection causale (grippe, infection puerpérale).

L'accouchement en général a lieu à terme.

Ordinairement la pleurésie retentit peu sur la marche de la grossesse ; celle-ci ne se trouve pas aggravée. Quand il y a interruption de la grossesse, celle-ci est due beaucoup plus à l'état septicémique de la malade.

Suivant Vinay la pleurésie n'a presque jamais été observée pendant la première moitié de la grossesse ; c'est à partir du cinquième mois surtout que l'on a signalé des exemples.

Cependant une malade de Vinay a été atteinte au commencement du troisième mois ; nous mêmes, tout en confirmant que la plupart des malades de nos observations eurent leur pleurésie au cours de la deuxième partie de leur gestation ou pendant la suite des couches, nous pouvons citer également un cas exceptionnel. C'est celui de l'observation 3 de Boutillier, qui manifesta une pleurésie grippale à 4 mois $1/2$ de sa grossesse.

Viannay fait remarquer que la femme enceinte et la femme récemment accouchée n'ont pas plus tendance à faire du pus que celles qui se trouvent en dehors de la puerpéralité ; Maygrier et Schwoob sont du même avis ; la suppuration serait entièrement déterminée par la nature de l'affection.

Dans un cas de Peter, la suppuration fut consécutive à une première ponction qui avait donné 3 litres d'un liquide parfaitement séreux, aussi est-il permis de supposer que la purulence fût plutôt le résultat de l'opération que de la grossesse.

Agents infectieux :

Dans le liquide pleural on pouvait relever divers microbes pathogènes ; le pneumocoque, le bacille de Pfeiffer, le pneumobacille, des spirochètes, le staphylocoque, le streptocoque. Ces agents infectieux pouvaient s'y trouver à l'état pur ou en association.

Dans certains cas où l'examen bactériologique portait également sur les organes génitaux, on pouvait retrouver le même agent pathogène. Ainsi dans le cas de Laffont et Chomé le streptocoque se trouvait présent dans le pus de la pleurésie et dans les lochies. Dans un autre cas (Laffont et Melé) le pneumocoque se retrouvait également dans le sang du fœtus.

Sang.

Dans les rares cas où la numération globulaire avait été effectuée on notait de la leucocytose avec de la polynucléose. Chez une paludéenne enceinte et pleurétique on observe une anémie considérable (2.000.000 de globules rouges).

Diverses formes de pleurésies peuvent s'observer chez les femmes enceintes ou accouchées.

D'après les observations recueillies dans la littérature nous pouvons distinguer :

A. — *Les pleurésies purulentes aiguës primitives.*

B. — *Les pleurésies post-grippales.*

C. — *Les pleurésies d'origine puerpérale :*

a) pyohémiques,

b) septicémiques.

D. — *Les pleurésies post-pneumoniques.*

Nous analyserons brièvement chacune de ces subdivisions que nous appuierons par des observations correspondantes.

Disons tout de suite, que l'évolution et le pronostic de ces pleurésies purulentes aiguës, dépend en premier lieu de l'intensité de l'infection causale et de la résistance du sujet, en général déjà plus ou moins surmené par son état de grossesse.

A. — *Pleurésies purulentes aiguës primitives*

Les pleurésies purulentes aiguës peuvent survenir chez ces femmes en dehors de toute infection grippale ou puerpérale. Elles peuvent se manifester d'emblée primitives, comme dans les cas de

Mayor, de Laffont et Chomé, Boutillier, Tourneix, sans être précédée d'une affection quelconque.

C'est ainsi que dans la première observation de Laffont et Chomé, la complication est survenue presque aussitôt l'accouchement. Dès le lendemain de celui-ci, on constatait les signes d'un épanchement à la base droite, une ascension thermique à 39° , en dehors de toute complication infectieuse au niveau des organes génitaux.

L'accouchement dans ce cas, n'a fait que favoriser l'éclosion d'une *infection pulmonaire indépendante de tout processus puerpéral* : présence du pneumocoque dans le liquide d'épanchement, absence de tout signe d'infection génitale. L'autopsie ne fit que confirmer ces faits cliniques.

Ci-dessous nous rapportons les quatre observations appartenant à ces pleurésies primitives.

Première Observation

(1^{re} Observation de Laffont et Chomé)

S. J..., trente ans, II-pare (obs. 586). Antécédents personnels : une grossesse à 23 ans, normale. Enfant vivant. Dernières règles, début de juin 1920.

Accouchement normal, le 17 mars 1921, à la

salle de travail de la clinique Tarnier. Température à 39°5 le lendemain de l'accouchement, pouls à 110.

Très rapidement, un point de côté apparaît à la base droite avec tous les signes d'un épanchement pleural. Une ponction ramène du liquide séro-fibrineux hémorragique aseptique.

La température monte à 40° les 19, 20, 21, 22, puis descend progressivement pendant les jours suivants.

Le 26, il y a très peu de liquide dans la cavité pleurale. Il contient du *pneumocoque*. L'état général paraît meilleur, puis tout à coup s'aggrave vers le 31 et 5 avril. Le 2 avril, la malade meurt brusquement par pneumothorax avant qu'on ait pu intervenir.

A l'autopsie, on trouve un épanchement purulent de la plèvre droite avec hépatisation du poumon sous-jacent.

Aucune lésion des organes génitaux.

2° Observation

Observation de Mayor)

(in Hervieux)

Cas d'une jeune primipare de 22 ans qui au 6^e mois de la grossesse fit une chute et ressentit à

la suite, de la toux et des douleurs très vives dans le côté gauche ; la température du début s'éleva à 40°. On constata bientôt la présence d'un épanchement de ce côté, et la ponction pratiquée vers le dixième jour de la maladie, montra l'existence d'un pus jaune verdâtre, sans grumeaux ni odeur. Un mois et demi après le début, on dut recourir à la pleurotomie qui n'empêcha pas la grossesse de continuer et la femme d'accoucher à terme.

La guérison survint peu de jours après l'accouchement.

3° Observation

(Observation 35 de Boutillier)

Pleurésie purulente à pneumocoques et à streptocoques. Accouchement prématuré. — Pleurotomie. Mort.

G. J..., 27 ans. — Le 14 mars 1919, étant malade depuis 15 jours est reçue à l'hôpital Récamier, avec de la matité à la base du thorax en arrière et des phénomènes typhiques. La fièvre qui atteint 40°5 le 1^{er} jour diminue rapidement et disparaît le 24 pour remonter le 26 et atteindre de nouveau 40°.

Le 31 mars, envoyée à la Maternité (enceinte de 6 mois), présente des contractions utérines. *Pleurésie* évidente à la base du thorax gauche, (la matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate). Etat infectieux très accusé, on n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

31 mars. — Accouchement sans incidents d'un fœtus non macéré de 1.250 grammes.

5 avril. — Etat général meilleur ; douleurs diminuées, suivies de dyspnée. La *ponction* du thorax donne issue à du pus qui renferme du pneumocoque et du streptocoque. Injections de strychnine. Les jours suivants, l'amélioration persiste. T. 39°-39°8.

Le 3 avril, l'état s'est aggravé et la malade asphyxie ; sous l'anesthésie locale, *pleurotomie* qui donne issue à plusieurs litres de pus séreux. Mort une demi-heure après.

Examen du sang de la malade le 5 avril. Hématies 5.300.00.

Leucocytes 18.000. Polynucléaires 76.6 %.
Hémocultures négatives.

4^e Observation

(Observation 3 de Tourneix)

(du service du Professeur Grégoire)

Pleurésie purulente à streptocoques, survenant chez une récente accouchée. Pleutoromie valvulaire immédiate. Guérison en 35 jours.

Cl. B..., 24 ans.

Après un accouchement normal survenu une semaine auparavant et alors qu'aucune autre complication ne s'est produite, la malade est prise le 12 mars, d'un grand frisson avec température à 40°5. En même temps, céphalée, point de côté sous-scapulaire. Dyspnée intense.

Admission à la crèche de médecine de Tenon.

Malgré des signes physiques d'épanchement dans l'hémithorax gauche, la *ponction exploratrice est négative*.

Le 14 mars : température à 39°. Pouls à 120 ; oppression. Herpès de la narine et de la lèvre gauche.

A l'inspection, l'hémithorax gauche bombe notablement. Elargissement des espaces intercostaux. Leger œdème à la percussion, matité remontant jusqu'au 5^e espace. Abolition du murmure vésiculaire. Egophonie, pas de pectoriloquie aphone.

A la radioscopie : niveau liquide horizontal à la hauteur de la 6° côte.

Aucun trouble dans la sphère génitale.

Intervention le 15 mars. (Docteur Grégoire).

Anesthésie locale. Incision cutanée au niveau du 9° espace, puis pleurotomie dans l'espace sus-jacent.

Evacuation d'une abondante collection purulente (pus granuleux, mal lié). Drainage par une lame de caoutchouc sur laquelle est rabattue le volet cutané.

Suites opératoires : aucun incident. Suppuration très abondante.

Suppression du drainage le 20^e jour.

L'examen du pus avait montré qu'il s'agissait de streptocoque.

B. — *Pleurésies post-grippales*

En ce qui concerne les *formes grippales*, elles ne se distinguent pas de celles décrites en dehors de la gestation ou de la puerpéralité : malaise, fièvre, frissons, nausées, courbatures, asthénie, etc., sont également relevées chez ces malades.

Le plus souvent, en cas de complications thoraciques, la grippe donne plutôt chez la femme en-

ceinte des pneumonies, broncho-pneumonies, congestions pulmonaires et beaucoup plus exceptionnellement des pleurésies. Dans ce dernier cas, suivant certains auteurs elle serait consécutive à une broncho-pneumonie ou une pneumonie.

Le pronostic en général très réservé, au cours de la grippe en présence de grossesse ou de puerpéralité, doit être subordonnée à l'évolution des complications .

Tjanides fait remarquer que la grippe prédispose les femmes en état de gestation à l'expulsion prématurée du produit de conception. C'est ce qui s'est produit dans son cas où l'expulsion du fœtus eut lieu au 6^e mois de la gestation.

Du fait de l'avortement ou de l'accouchement, la grippe ou ses complications peuvent s'aggraver et devenir rapidement mortelles. Quand cette infection se produit pendant les suites de couches, quoique grave, elle présente une évolution à peu près identique à celle des formes observées en dehors de la grossesse.

Nous rapportons ci-dessous quelques exemples de pleurésie purulente aiguës post grippales dans la gestation ou la puerpéralité. Une de ces observations nous est personnelle, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Vignes, et que nous rapportons ici in-extenso.

5° *Observation* (Inédite)

Due à l'obligeance
de M. le Professeur Agrégé Vignes

Mme B..., obs. N° 350, primigeste de 24 ans, entre dans le service le 19 février 1935 pour grippe contractée au voisinage du terme.

Elle n'a pas d'autres antécédents pathologiques que des maladies de l'enfance : rougeole, scarlatine, oreillons.

Les dernières règles remontent au début de mai (du 27 avril au 3 mai). La grossesse a été sans histoire. L'examen montre un bassin normal, une hauteur utérine de 31 cm., une présentation du sommet avec dos à droite ; l'enfant est vivant. La tension est de 11/6 (au Vaquez). Les urines sont normales. La recherche des coli-bacilles est négative.

La femme est grippée et présente une température de 39°4 avec pouls à 116. L'examen pulmonaire est négatif. Léger œdème des membres inférieurs.

Le 20 février 1935. — La température est de 38°5 le matin et de 39°6 le soir.

Le 21 février 1935. — La femme accouche sim-

plement d'un enfant pesant 2.700 gr. La délivrance, naturelle et complète, pèse 450 gr.

On constate, le matin à la visite, l'apparition d'un souffle pleurétique à gauche et une ponction exploratrice ramène un liquide franchement louche. L'examen microscopique y montre de nombreux polynucléaires et des diplocoques gram-négatifs se présentant parfois en très courtes chaînettes. (Laboratoire du professeur Lereboullet).

Je prescris^o: eucalyptine, digitaline, potion de Todd.

Le 22 février 1935. — La température est à 39°2 et le pouls à 116. Il n'y a pas de dyspnée. La matité ayant considérablement augmenté, on pratique une ponction évacuatrice de 320 cc. Le laboratoire du service répond : Cocci gardant le gram disposés en courtes chaînettes, *pouvant* être des streptocoques. Je fais injecter dans la plèvre 20 cc. d'électrargol.

Le 23 février 1935. — Nouvelle ponction évacuatrice qui ramène 550 cc. de liquide franchement purulent. Ce liquide sortant mal, il a été nécessaire de déboucher le trocart. Injection intrapleurale de 10 cc. de sérum anti-streptococcique de l'Institut Pasteur.

Le 24 février 1935. — Injection intra-musculaire de sérum anti-streptococcique (20 cc.). La tem-

pérature commence à descendre : plus près de 38° que de 39°.

Le 25 février 1935. — Ponction évacuatrice 350 cc. Sérum anti-streptococcique intra-pleural 10 cc.

Le 26 février 1935. — Ponction évacuatrice 300 cc. Sérum anti-streptococcique intra-pleural 20 cc. La température remonte à 39°.

Le 27 février 1935. — Ponction évacuatrice de liquide louche 340 cc. contenant de nombreux polynucléaires.

Le 28 février 1935. — Température 38°4.

Le 1^{er} mars 1935. — Ponction évacuatrice de liquide en voie d'éclaircissement 340 cc. Electrar-gol intra-pleural 10 cc.

La malade est passée dans un service de médecine de l'hôpital Cochin.

Le 2 mars 1935. — Température 38°. Ponction évacuatrice 250 cc. Liquide clair. Laboratoire : nombreux polynucléaires, rares lymphocytes. Aucun germe. Inoculation au cobaye. Radiographie : grosse opacité de l'hémi-thorax gauche remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate ; médiastin dévié vers la droite ; assez bon état général ; la malade ne tousse pas, ne crache pas. Aucun traitement général. Alimentation normale.

Le 12 mars 1935. — Inoculation du liquide

pleural à un cobaye, pesant 440 gr. (Le 3 mai, l'animal sera tué, pesant 460 gr). A l'autopsie, rien d'anormal, ni macroscopiquement, ni sur frot-tis du foie, de la rate et des poumons. Recherche du bacille de Koch négative.

Le 15 mars 1935. — La fièvre oscille entre 37° et 38°. Ponction évacuatrice 140 cc. Liquide clair. Laboratoire : nombreux polynucléaires, très rares lymphocytes, aucun germe.

Début d'avril. — Température fixée autour de 37°. Bon état général. Radiographie : opacité un peu moins marquée de l'hémi-thorax gauche ; médiastin toujours dévié, pachypleurite.

La malade entre en convalescence et doit quitter l'hôpital sous peu.

En résumé. — Nous avons observé, le jour même d'un accouchement, une pleurésie gauche de la grande cavité, débutant au cours d'une grippe. La première ponction, très louche, ayant montré des germes ressemblant à des streptocoques a conduit à entreprendre une thérapeutique sérique. L'état général est toujours resté assez bon. Il n'y a jamais eu de dyspnée marquée. Le liquide est redevenu rapidement clair et amicrobien.

Mais on peut se demander s'il s'agissait bien d'une pleurésie à streptocoques et s'il ne faudrait pas incriminer le pneumocoque, étant donné cette

amélioration rapide et cette guérison complète. Les aspects du pneumocoque peuvent se montrer parfois sous le microscope en formation imitant les chaînettes, ce qui peut induire en erreur un collaborateur qui n'a pas la plus grande habitude des travaux bactériologiques. Ce côté de notre observation reste, donc, médiocre. Par contre, l'aspect purulent de l'épanchement pendant plusieurs jours est un fait frappant, et j'ai dû, (Dr Vignes) me fondant sur le bon état général et l'absence de dyspnée, réagir contre certains collègues ou collaborateurs « assoiffés » de chirurgie. Il m'a semblé, en effet, qu'il n'était pas souhaitable, dans cette période de suites de couches immédiates, de troubler le mécanisme de la réadaptation à l'équilibre entre thorax et abdomen. Les ponctions, la sérothérapie peut-être, l'argent colloïdal peut-être ont suffi à assurer la guérison.

6° Observation

(Observation de Tjanidès)

(Obs. 502 de la Clinique d'accouchements
de Montpellier)

*Grippe avec pleurésie purulente. Avortement
au 6° mois. Guérison.*

Malade, 19 ans, 1-geste.

Antécédents héréditaires ; rien de particulier.

Antécédents personnels : fièvre typhoïde à 16 ans. Pertes blanches. Menstruation régulière, abondante, indolore, durée cinq jours.

Entre le 17 septembre 1918 ; depuis le 1^{er} septembre elle est grippée, mais sans beaucoup de fièvre.

Le 8 septembre, elle a un point de côté à gauche. Toux sans expectoration.

Le 9 septembre, elle entre dans le service du Professeur Carrien, où elle accouche rapidement le 17 au matin.

Le même jour, elle est envoyée dans le service du Professeur Vallois. La malade est fatiguée, légèrement pâle. Point de côté à gauche, toux sèche avec dyspnée. Température à 39°, pouls à 120.

A la percussion, matité étendue à la base gauche, en avant et en arrière, montant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Scodisme. Abolition des vibrations thoraciques. La matité cardiaque est déviée à droite. A l'auscultation, obscurité respiratoire à la base gauche, abolition du murmure vésiculaire, égophonie. Urines albumineuses. Le diagnostic de pleurésie est posé.

Le lendemain, on fait une ponction exploratrice qui donne issue à 100 grammes de liquide séro-purulent.

La malade est envoyée le sixième jour dans le

service du Professeur Carrieu, où elle a subi une autre ponction évacuatrice, suivie de guérison.

L'enfant a succombé, quelques heures après sa naissance.

7° Observation
(Observation 30 de Boutillier)

Pleurésie purulente à staphylocoques. Grossesse. Pleurotomie. Guérison. Evolution normale de la grossesse.

A. C..., 23 ans. Evacuée de son domicile par les Allemands, cette femme est soignée depuis six semaines pour grippe et pleurésie, quand regagnant son pays, elle passe par Lille et dût se faire recevoir à l'hôpital en raison de sa fatigue, le 28 octobre 1928. Elle se remet, mais reste oppressée. Température oscillant entre 37° et 38°. Bon état général. Point de côté à gauche. Les phénomènes précédents ne changent pas pendant les jours suivants. La femme est enceinte de 4 mois 1/2 environ.

Le 6 novembre, l'existence de la pleurésie gauche n'étant pas douteuse, on pratique une ponction aspiratrice, qui donne issue à 800 grammes de pus, vert brun, bien lié, sans mauvaise odeur. Le 11, la

ponction est répétée parce que la malade *refuse* la pleurotomie. Le pus retiré renferme des staphylocoques à l'état de pureté. La température continue à osciller entre 37 et 37°6.

La malade qui avait quitté le service, y revient le 23 décembre et accepte l'intervention. Un souffle occupe tout l'hémithorax gauche. Pleurotomie dans le 9° espace, sans résection costale, en arrière de la ligne axillaire postérieure. L'incision est à la partie déclive de la cavité pleurale.

La température oscille pendant 8 jours entre 37° et 38°, puis redevient normale. Les drains sont expulsés et supprimés le 14 janvier. La suppuration est complètement tarie le 24 janvier.

La malade quitte le service le 26. La grossesse continue son évolution normale.

Guérison.

8° Observation

(Observation de Malartic)

Grippe avec pneumonie gauche. Pleurésie séro-purulente. Accouchement à sept mois.

M. M..., 35 ans, entre le 20 oct. 1918.

Enceinte de 7 mois. Vient avec des signes très légers de grippe : céphalée, courbature générale, trachéo-bronchite.

24 oct. — Les signes généraux sont de plus en plus accusés. La température qui jusque là s'était maintenue aux environs de $37^{\circ}5$, 38° monte brusquement à 40° .

Frissons répétés pendant la nuit, point de côté très violent à gauche, rendu surtout pénible par la toux.

La respiration est difficile. La malade tousse par quintes isolées, fréquentes et de courte durée.

A l'auscultation on trouve : un souffle tubaire avec une couronne de râles crépitants siégeant vers le milieu du poumon gauche.

27 octobre. — L'état général est stationnaire.

A midi les premières douleurs apparaissent, et à 14 h. 50 la malade accouche spontanément d'un enfant pesant 1.510 grammes.

La délivrance est naturelle et complète.

T. $39^{\circ}6$, pouls 116.

Le soir l'état général s'aggrave. La température monte à $39^{\circ}8$. Pouls 132. Le facies est anxieux, les yeux cernés, le nez pincé.

La dyspnée est beaucoup plus prononcée qu'avant l'accouchement. La toux est quinteuse et s'accompagne d'une expectoration teintée de sang.

A l'auscultation on trouve toujours le souffle tubaire et quelques râles crépitants.

Les urines sont rares et foncées. Elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

28 octobre. — Le matin T. 39°8, pouls 134.

L'état général est très inquiétant. La malade a les traits tirés, le teint est plombé.

La respiration est courte et superficielle.

L'auscultation révèle des signes d'épanchement ; matité plus accusée à la base gauche, abolition des vibrations vocales, abolition du murmure vésiculaire, égophonie et pectoriloquie aphone. On pratique une ponction exploratrice et on ramène du liquide séro-purulent. Le soir même état, T, 40°. Pouls 128.

29 octobre. — T. 40°5, pouls 134.

L'état général est de plus en plus grave. Malade complètement aphone, très dyspnéique. Présence d'une escarre de décubitus.

La malade succombe à 6 h. 15.

C. — *Pleurésies purulentes aiguës d'origine puerpérale*

a) *Formes pyohémiques de l'infection puerpérale.*

Au cours de la pyohémie puerpérale, il peut se produire des déterminations métastatiques et

parmi celles-ci des *pleurésies*, bien étudiées jadis par Charrier et se produisant autrefois sous forme d'épidémies (Moreau, Bidault et Arnould, Bouchut), Leake et White les appelaient *pleurésies lacteuses* (in Jeannin).

Consécutives à une embolie pulmonaire sous-pleurale ou à une péritonite elles ont une marche très insidieuse, pouvant passer inaperçue. Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'épanchement peut devenir très abondant et devenir séro-purulent ou purulent, parfois gangréneux. Le pronostic alors est très grave. Dans les cas à évolution graves, les accidents persistent et on voit évoluer le syndrome classique de la pleurésie purulente.

Pour Laffont et Chomé, dans les *formes phlébitiques* de l'infection puerpérale, la pleurésie apparaît comme une complication grave presque toujours mortelle ; elle indique qu'il se fait des embolies septiques auxquelles la malade finit par succomber.

C'est ainsi que dans la deuxième observation de Laffont et Chomé, la *pleurésie a été une manifestation de l'infection puerpérale*. Ainsi ces auteurs ont pu observer des phénomènes infectieux graves avec rash scarlatiniforme au 8^e jour, tandis que la pleurésie survenait brusquement au 12^e jour des suites de couches, à la suite d'un point de côté.

Cette brusquerie d'apparition fait supposer à Laffont et Chomé que la pleurésie est survenue à la suite d'une embolie septique.

La courbe de température irrégulière avec de grandes oscillations, la dissociation précoce du pouls et de la température plaident en faveur d'une localisation veineuse (forme phlébitique). D'autre part l'hémoculture s'est montrée négative, fait fréquent dans cette localisation de l'infection.

Ci-dessous, nous rapportons cette observation.

9° Observation

(2° Observation de Laffont et Chomé)

A. L..., 28 ans, I-pare (obs. 93). Antécédents personnels, fièvre typhoïde à 15 ans ; dernières règles du 14 au 17 mars 1920.

Entre au dortoir de la Clinique Tarnier le 16 décembre 1920.

Etat général bon. Squelette légèrement hypoplasie. Promontoire accessible au loin. Version par manœuvres externes impossible.

Début du travail le 10 janvier 1921, dans la soirée. Accouchement lent qui se termine le 12 janvier à 21 heures : garçon vivant de 2 kil. 200. Expression et épisiotomie.

Délivrance également par expression. Membranes dilacérées.

Le 13 janvier, la température est de 38°. Ecouvillonnage et injections iodées. Lipo-vaccin anti-streptococcique.

Le 14 janvier, la température est de 39°.

Le 20 janvier, apparition d'un rash scarlatiniforme étendu à la face, au tronc et aux membres. Ce rash a été précédé d'une température élevée : 40°5 et pouls à 140.

Le 20 janvier, apparition d'un rash scarlatiniforme étendu à la face, au tronc et aux membres. Ce rash a été précédé d'une température élevée : 40°5 et pouls à 140.

Le 23, violente douleur thoracique du côté droit.

Du 24 au 27, tous les symptômes d'une pleurésie purulente se manifestent. Une ponction exploratrice ramène du pus renfermant des chaînettes de streptocoques.

Hémoculture négative.

Le 28, opération de l'empyème sous anesthésie locale. Résection de la 9° côte. Il s'écoule environ 1 litre 500 de liquide citrin avec placards pseudo-membraneux.

Malgré une thérapeutique générale très active,

l'état général s'aggrave et la malade meurt le 2 février.

Les oscillations de la température ont beaucoup varié pendant cette affection, passant de 36°8 à 41° en vingt-quatre heures, pour retomber à 37°8 puis à 37°, pour remonter à 40°5 et ainsi de suite très irrégulièrement. Le pouls, irrégulier, au début, est monté à 140, puis 160 vers la fin.

Pas d'autopsie.

10° Observation

(Observation 3 de Stowe)

6 août 1908. — Femme de 41 ans XII-pare. Accouchement au forceps. Depuis une semaine, légère toux.

Quelques jours après l'accouchement, se plaint de douleurs à la cuisse, rappelant une phlegmatia alba dolens, mais sans présenter de veines thrombosées.

Le 11 août. — Transpiration abondante. Douleur *pleurétique aiguë* se développant à l'hémithorax droit. On retire par la ponction trois onces de liquide, qui, à l'examen, se montre négatif. Le lendemain, on diagnostique une pneumonie lobaire.

A partir du 12 août au 17 août, la température

s'élève, le pouls et les mouvements s'accélèrent. Brusquement le soir, elle devient cyanosée et extrêmement prostrée. Dyspnée extrême. Pouls de 100 à 140, respiration de 30 à 50 par minute. On entend à l'auscultation un frottement péricardique. Celui-ci disparaît le lendemain. L'expectoration devient plus profuse. On constate à la percussion une zone de matité à la jonction de lobes supérieur et inférieur du poumon à la partie postérieure du thorax.

Le 4 septembre, rupture d'un abcès dans les bronches et expectoration d'une grande quantité de pus. A la suite de la rupture de l'abcès, la matité disparaît.

L'état de la malade s'améliore et elle quitte l'hôpital le 13 septembre. Un mois après, en parfaite santé.

Dans les expectorations, on avait constaté du pneumocoque.

b) *Formes septicémiques*

Dans les formes septicémiques de l'infection puerpérale, évoluant vers la guérison, la pleurésie surviendrait comme une sorte d'abcès de fixation, annonçant la fin de la maladie.

Ainsi, dans la troisième observation de Laffont

et Chomé, la pleurésie est survenue également à la suite d'une infection puerpérale, mais d'une durée plus longue ; les signes de pleurésie n'ont été constatés que trois semaines après l'accouchement.

L'allure clinique était celle d'une septicémie puerpérale. Début par un rash scarlatiniforme, température oscillant entre 39 et 40° presque pendant trois semaines. Présence à l'hémoculture, d'un *streptocoque hémolytique*, confirmant la septicémie, aussi bien dans le sang qu'à l'examen des lochies.

Ici la pleurésie est survenue au déclin de l'infection, apparaissant comme une sorte de localisation favorable, l'intervention améliorant aussitôt l'état général de la malade et faisant disparaître rapidement les streptocoques du sang.

11° Observation

(3° Observation de Laffont et Chomé)

E. D..., 23 ans, I-pare (obs. 263). Antécédents personnels : crise d'appendicite à 19 ans, non opérée ; dernières règles du 1^{er} au 5 mai 1920.

La grossesse a évolué normalement et l'accouchement a eu lieu normalement aussi, le 19 jan-

vier 1921, chez une sage-femme agréée de la clinique.

Les suites de couches ont été normales jusqu'au 28 janvier. Ce jour-là, la température atteint 38° le matin et 39° le soir. En même temps, apparaît un érythème scarlatiniforme. La malade entre à l'isolement de la clinique Tarnier, le soir même.

A l'examen, on constate que l'érythème est absent à la face qui est toutefois légèrement vultueuse ; il est discret sur le cou et les épaules. Cet érythème est rouge brique et s'étend sur tout le tronc et jusqu'à mi-cuisse. Au-dessous de ce niveau et sur la jambe, l'éruption est moins intense. Aux bras, aux avant-bras et aux poignets, l'éruption est discrète et ressemble à celle des membres inférieurs.

Pas d'angine. Rougeur légère des piliers antérieurs. Langue saburrale ; lèvres fuligineuses.

Au point de vue utérin, on observe que le corps a une régression normale ; il a disparu derrière la symphyse pubienne. Lochies grisâtres légèrement purulentes, un peu fétides. Au toucher, rien de particulier. L'abdomen est légèrement ballonné, non douloureux. Etat général bon.

30 janvier. — La rougeur a considérablement augmenté sur le thorax et l'abdomen. Sur la paroi abdominale, on voit de nombreuses petites vésicules

blanchâtres confluentes par endroits Le pouls est à 80. Le thermomètre marque 38°6.

Les examens de laboratoire indiquent :

Frottis des lochies : chaînettes de streptocoques.

Ensemencement des lochies en bouillon gélatiné : streptocoque.

Hémoculture : streptocoque.

On fait 40 cc. de sérum antistreptococcique.

Du 31 janvier au 2 février, les vésicules augmentent de volume, puis s'affaissent et commencent à se dessécher. Pendant ce temps, la gaine hypogastrique du côté droit est le siège d'une légère infiltration. Langue rouge, framboisée.

L'état général de la malade reste satisfaisant. Le thermomètre marque 39°2. Pouls à 100.

3-4 février. — L'érythème finit de disparaître et la desquamation commence. L'abdomen est douloureux, surtout à la fosse iliaque droite. Diarrhée. Température 40°, pouls à 104.

Hémoculture ; streptocoques.

Numération globulaire : 2.900.000 globules rouges ; 12.960 globules blancs.

5 février : abdomen toujours très douloureux : défense de la paroi ; ventre tendu, surtout à droite. Cul-de-sac légèrement tendu.

Etat général moins bon, mais le pouls reste bien frappé aux environs de 100.

6 février. — Légère détente. Abdomen plus silencieux. Pas de vomissements. Le toucher indique que le cul-de-sac postérieur est légèrement tendu.

La desquamation continue à se faire par de petites lamelles.

Du 7 au 8 février. — Constitution d'un épanchement pleural du côté gauche. La ponction exploratrice ramène du liquide citrin contenant des fausses membranes. On trouve au microscope des *polynucléaires renfermant de courtes chaînettes* de streptocoques. On observe également de *rarees chaînettes extracellulaires et des lymphocytes*.

Etat général moins bon. Cyanose légère. Langue sèche fuligineuse. Culs-de-sac toujours un peu tendus. Encore un certain degré de défense de la paroi abdominale.

Le 8 février, dans l'après-midi, nous pratiquons sous l'anesthésie locale, la résection de la 10^e côte et nous installons des tubes de Carrel avec lavage au Dakin.

Du 9 au 12, amélioration rapide de l'état général et de l'état local. La desquamation continue par petits placards.

Du 12 au 15 février, l'amélioration se poursuit, puis la malade entre en convalescence.

12° Observation

(Observation 13 de Boutillier)

Pleurésie purulente à streptocoques. Infection puerpérale. Pleurésie. Pleurotomie. Abscess de fixation. Guérison.

Bull. Soc. Méd. Nord, 1909, p. 11

Femme de 26 ans. Antécédents tuberculeux. Accouchement normal en 1908.

Le 27 janvier 1919, 2° accouchement fait par une matrone.

Le 30 janvier. Frissons.

Le 1^{er} février. — Lochies fétides, ventre sensible, température 39°9. Pouls à 120.

Le 2 février. — Curettage. La température baisse un peu les jours suivants, mais l'amélioration n'est que passagère. La température remonte bientôt à 39°5 et s'y maintient.

Le 5 février. — Apparition d'un point de côté à droite du thorax.

Le 8 février. — Signes nets de *pleurésie*.

Le 12 février. — Une ponction ramène du pus séreux.

Le 19 février. — Sous chloroforme, *pleurotomie* dans le 9^e espace, évacuation d'un demi-litre de pus mal lié, sans odeur. Drainage. La malade crache du pus séreux.

La température baisse et se maintient aux environs de 37° pendant 5 à 6 jours.

Le 25, elle reprend le type à grandes oscillations de 36° à 39°6.

Le 28 février, on tente de produire un abcès de fixation. Réaction considérable.

Le 4 mars, on incise l'abcès, pus abondant. La température tombe définitivement. L'état général devient excellent et la guérison se fait normalement.

13° Observation

(Observation 31 de Boutillier)

Inédite

Pleurésie purulente à pneumocoques au cours d'une infection puerpérale. Ponction. Abcès de fixation. Mort.

T... Anaïs, 44 ans. Au terme d'une 4^e grossesse, après des hémorragies qui se reproduisirent pendant six semaines, cette femme entre en travail. Celui-ci s'accompagne d'écoulement sanguin im-

portant et le médecin allemand envoie la malade à la Maternité, le 11 juin 1916. La malade est exsangüe, le pouls imperceptible, odeur fétide des organes génitaux. Le fœtus macéré, se présente par le siège et se dégage spontanément. Délivrance normale (le placenta était inséré sur le segment inférieur).

La fétidité de l'écoulement persiste les jours suivants, l'état général s'aggrave. Paralysie de la vessie. On tente de provoquer un abcès de fixation. Le 25 juin, des phénomènes de pleurésie s'étant développés à gauche, on pratique une ponction qui ramène de la sérosité louche, renfermant du *pneumocoque*. Etat général très mauvais. Congestion pulmonaire droite.

L'affaiblissement continue et la mort survient le 30 juin 1916.

*D. — Pleurésies purulentes aiguës
post-pneumoniques*

Ces pleurésies se distinguent peu de celles qu'on rencontre en dehors des états obstétricaux.

En général, l'examen révèle à l'auscultation les signes classiques d'une pneumonie qui est suivie quelques jours après de l'apparition d'une pleuré-

sie. Une ponction faite à ce moment met en évidence un pneumocoque.

Sur nos 14 observations, nous avons pu relever un cas nettement consécutif à une pneumonie du sommet.

14^e Observation

(Observation de Laffont et Melé)

Femme Kabyle dont on ne peut obtenir aucun renseignement. Entre salle Tarnier le 20 janvier 1927.

On note : prostration très marquée avec mauvais état général, un point de côté thoracique, de la dyspnée.

Le pouls assez bien frappé à 96. Température à 35°8. L'examen somatique permet de poser le diagnostic de pneumonie du sommet droit.

La rate est grosse, débordant de 5 travers de doigt le rebord costal.

Les urines sont rares, contiennent une quantité notable d'albumine et des sels biliaires.

L'utérus est gravide : son fond remonte à cinq travers de doigt au dessus de l'ombilic.

Les examens suivants ont été pratiqués :

21 janvier. — Examen cytot bactériologique des

urines prises aseptiquement : cristaux de phosphates abondants et colibacillurie massive sans pus.

22 janvier. — Dosage de l'urée du sang, 1 gr. 085100.

Leucocytose. 12.360 par mmc., dont 67 % de polynucléaires.

Recherche de l'hématozoaire négative dans le sang et les frottis de la rate.

24 janvier. — Dans l'expectoration, pneumocoques nombreux avec des pneumobacilles et des cocci réniformes.

L'examen du sang révèle 2.000.000 au mmc., 9.092 leucocytes dont 72 % de polynucléaires. Présence de très rares formes jeunes de tierce maligne.

Le 25 janvier, la température qui s'était maintenue au-dessous de 37° accuse une légère élévation jusqu'à 38°.

Le 26 janvier, on soupçonne l'existence d'un épanchement pleural. Une ponction exploratrice ramène en effet du pus. Il contient des polynucléaires dégénérés ; diplocoques lancéolés, encapsulés, prenant le Gram. Il s'agit de *pneumocoques*.

Dans l'après-midi, expulsion sans difficultés d'un enfant de 1330 grammes qui meurt quelques heures après.

Cependant, l'état de la malade ne fait qu'empirer. L'azotémie atteint 1 gr. 120/00. La tempéra-

ture accuse une élévation subite à 40° , redescend le 27 janvier au-dessous de 37° et le décès survient le matin du 28 janvier.

Les cultures obtenues à partir du pus pleural de la mère révèlent des pneumocoques typiques, qu'on retrouve également dans le sang du cœur du fœtus.

TRAITEMENT

Le traitement des pleurésies purulentes est le même qu'en dehors de la gestation.

L'évacuation du pus peut se faire par différentes méthodes :

a) au trocart :

b) drainage fermé avec un drain en caoutchouc ;

c) résection costale, à moins que la malade ne soit près du terme,

On aura plus rapidement recours à la thoracentèse ou à l'empyème en cas de dyspnée intense.

L'intervention doit se faire sous *anesthésie locale*. Cependant, dans le cas de Boutillier (observation 13), la pleurotomie fut pratiquée sous anesthésie générale au chloroforme chez une femme à la période des suites de couches, au 23^e jour après l'accouchement.

Dans certains cas, des auteurs tels que Rosenbluth, conseillent une injection d'air pour remplacer le liquide évacué ; ceci dépendrait du degré de

la dyspnée et de l'état de diaphragme comprimé par l'utérus hypertrophié.

Si la malade est à quelques semaines de l'accouchement et que l'aspiration au trocart soit assez efficace pour enlever le pus et soulager la dyspnée, on surseoirait à une intervention chirurgicale, jusqu'à ce que l'utérus soit libéré.

Ces opérations, écrivent Chembrelent et Cathala, seront pratiquées plus haut que chez les femmes non enceintes, en général dans le cinquième espace intercostal, de crainte de blesser le diaphragme refoulé par le développement de l'utérus.

Il est exceptionnel que l'avortement ou l'accouchement prématuré soient indiqués.

Pendant le travail, il est indiqué d'accélérer l'accouchement et d'extraire le fœtus dès la dilatation complète.

Pour Boutillier, comme pour Tourneix, le seul traitement des pleurésies purulentes aiguës est la *pleurotomie*. Pour ce dernier auteur, le drainage de la plèvre doit être fait à « thorax fermé », condition essentielle de l'expansion pulmonaire qui, permettant au poumon de revenir s'accoler à la paroi, amène la guérison de l'empyème. Parmi les procédés de thoracotomie fermée, Tourneix donne sa préférence au *drainage irréversible*, dont la technique a été réglée par le Professeur Grégoire. C'est

ce procédé qui fut employé dans le cas de l'accouchée dont Tourneix rapporte l'observation.

La pleurotomie est pratiquée en général dans le 9° espace, la résection porte sur la 9° ou 10° côte.

Comme nous l'avons déjà noté à propos de notre observation, M. le Docteur Vignes préfère à l'intervention chirurgicale avec ou sans résection, une ponction qui, au cours de la période de suites de couches immédiate, ne troublerait pas le mécanisme de réadaptation à l'équilibre entre le thorax et l'abdomen.

Sur nos 14 cas, 8 furent traités par la ponction, 6 par la pleurotomie, dont 2 avec résection.

Ces diverses interventions ont été pratiquées au cours de la grossesse dans 4 cas et au cours des suites de couches dans 10 cas.

Dans certains cas, l'abcès de fixation, les métaux colloïdaux semblent avoir joué un rôle adjuvant utile.

CONCLUSIONS

1. — La pleurésie purulente aiguë au cours de la gestation ou dans la suite des couches constitue une complication des plus rares.

2. — L'évolution de ces pleurésies purulentes dépend en général de l'infection causale.

3. — Parmi les facteurs étiologiques de ces pleurésies, on peut relever l'infection puerpérale, la grippe, la pneumonie.

4. — Dans certains cas, la pleurésie purulente aiguë peut être primitive, sans être précédée d'une infection déterminée.

5. — En général, cette pleurésie purulente aiguë, n'influe pas sur l'évolution de la grossesse, qui se fait à terme. Quand il se produit un avortement ou un accouchement prématuré, il est dû à une infection généralisée.

6. — Dans la suite des couches, la pleurésie purulente aiguë évolue de la même manière qu'en dehors des états puerpéraux.

7. — Le traitement des pleurésies purulentes aiguës, consiste à évacuer le pus de la cavité pleurale. Cette évacuation se fera par la ponction ou une pleurotomie avec ou sans résection. Etant donné l'état relativement fragile de ces malades, on s'adressera de préférence à l'intervention la moins choquante à savoir la ponction.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT (G.). — Les complications pulmonaires de la grippe chez les femmes enceintes. *Prat. méd. franç.* mai (A.) 1927, t. 6, pp. 234-236.
- BAER (H.). — Die Grippe in der Universitäts Frauenklinik. Thèse Wurzburg, 1919.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La Pratique de l'Art des Accouchements. Paris, Asselin et Houzeau, 1914, 2 vol.
- BOUTILLIER (R. P. J.). — A propos de la pleurotomie dans la pleurésie purulente aiguë non tuberculeuse. Thèse Lille, 1920-21, 55 pp.
- BRÉBAN (L.). — De la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse Toulouse, 1920, 72 pp.
- CANALS (L.). — Pleurésies purulentes observées spécialement pendant l'épidémie de grippe 1918-1919. Thèse Montpellier 1920, 38 pp.
- CARAVIAS (D.E.). — Enfermadades infecciosas y embarazo. *Acción méd.* Août 1932, t. 3, pp. 194-203.
- CHARRIER. — De la fièvre purulente. Thèse Paris, 1855.

- DA SILVA (W.R.). — Quelques affections pleuro-pulmonaires au cours de la gestation, de l'accouchement et des suites de couches. *Rev. Gynéc.* 1930, pp. 291-296.
- DURR (S.A.). — Pregnancy complicated by influenza. *Surg. Gynec. a. Obst. dec.* 1920, t. XXXI, N° 6, pp. 610-611.
- FERRÈRE (M.). — Les épanchements pleuraux aseptiques et les épanchements puriformes au cours de la grippe. Thèse Alger, 1920, 48 pp.
- FLAXMAN (N.) et FELDMAN (R.). — Bilateral empyema complicating bilateral lobar pneumonia in last trimester of pregnancy. *Illinois Med. J.* nov. 1934, t. 66, pp. 478-480.
- FRANKEL (K.). — Grippe und Gravidität. *Münch. med. Woch.* 6 juin 1919, p. 614.
- GELIN (P.). — Un traitement simple des pleurésies purulentes grippales par l'irrigation intermittente avec le liquide de Dakin (Méthode de Carrel). Thèse Paris 1918-19.
- GRILLET. — Contribution à l'étude de la grippe chez la femme en état de gestation. Thèse Paris mai 1919.
- GUERDJIKOFF (N.). — Grippe et grossesse. *Rev. méd. de la Suisse romande.* 25 juillet 1927, t 47, pp. 535-546.

- HALBAN und SEITZ. — Biologie und Pathologie des Weibes, t.V, p. 680.
- HARRIS (J.W.). — Influenza occurring in pregnant women ; a statistical study of 1356 cases. Jour. Am. Med. Ass. 1919, t. XXII, pp. 978-980.
- HERVIEUX. — Traité clinique et pratique des Maladies puerpérales, suites de couches. Paris, Delahaye, 1870, pp. 910-911.
- JACOBS (F.). — Ueber Grippe und Schwangerschaft. Zentr. f. Gynäk. 1919, XLIII, pp. 805-812.
- JULIEN (F.). — La pleurésie purulente grippale. Formes cliniques et traitement chirurgical. Thèse Lyon 1919, 89 pp.
- KOERTING (W.). — Die Behandlung der Grippe bei Schwangeren. Therap. Halbmonatsh. 1^{er} nov. 1921, t. XXXV, pp. 655-657.
- LAFFONT et CHOMÉ. — Trois formes différentes de pleurésie purulente pendant les suites de couches. Bull. Soc. d'obst. et de gynéc. Paris 1923, XII, pp. 486-489.
- LAFFONT et MELÉ. — Pleurésie métapneumonique à pneumocoques chez une femme indigène impaludée ; mort de l'enfant dans les heures qui ont suivi l'accouchement ; pneumocoques dans le sang et le cœur de l'enfant. Bull. Soc. d'obst. et gynéc. Juin 1928, t. XVII, pp. 573-575.

- LE BOURHIS (J.M.). — De quelques particularités de l'épidémie de grippe 1918-1919, dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse Bordeaux, 1918-1919, 44 pp.
- LITWAK (M.). — Schwangerschaft und Grippe. Arch. f. Gynäk. 1932, t. 148, pp. 453-474.
- MALARTIC (A.). — Contribution à l'étude de la gestation compliquée de grippe. Thèse Paris 1919.
- MANGIAGALLI (L.). — Pneumonite e pleurite in gravidanza. Gazz. med. sicil. Catania, 1910, XIII, pp. 265-272.
- MARCHAND (O.). — Du traitement médical des pleurésies purulentes grippales. Thèse Paris 1920, 8°, 59 pp.
- MARTIN (E.). — Schwangerschaft und Grippe. Zentr. f. Gynäk. Leipz. 1920 XLIV, pp. 678-680.
- MAYGRIER (Ch.) et SCHWAAB (A.). — Précis d'obstétrique. Paris, Doin et Cie, 1927, 1 vol.
- RECKITT (J.D.T.). — Influenza, pregnancy and emphysema. Lancet, 29 avril 1922, t. CCII, p. 843.
- SCHMITZ (E.J.). — Grippe und Gravidität. Deut. med. Wochens. 27 nov. 1919 XLV, pp. 1328-1329.
- STOWE (H.M.). — Case of pneumococcic infection in the puerperium, pleuritis, lobular pneumonia and pericarditis; pulmonary abscess. Surg. Gynec. a. Obst. 1910, X, p. 439.

STRAUSS (H.). — Ueber Grippepneumonie und Gravidität. Berl. Klin. Woch. 28 avril 1919, t.LVI, pp. 391-393.

THERIVEL-MELLER (H.). — Grippe et puerpuéralité. Thèse Paris 1931, 164 pp.

TJANIDÈS (Th.). — La pandémie de grippe de 1918 et son influence sur la grossesse et la puerpuéralité. Thèse Montpellier 1918-1919, N° 3, 102 pp.

WOOLSTON (W.J.) et CONLEY (D.O.). — Epidemic pneumonia (spanish influenza) in pregnancy ; effect in one hundred and one cases. Journ.Am. Med. Ass. t. LXXI, 7 dec. 1918, pp. 1898-1899.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
FREQUENCE	11
ETUDE CLINIQUE	14
A. Pleurésies purulentes aiguës primitives	18
B. Pleurésies post-grippales	24
C. Pleurésies purulentes aiguës d'origine puerpérales	35
a) <i>Formes pyohémiques de l'infection puerpérale</i>	35
b) <i>Formes septicémiques</i>	40
D. Pleurésies purulentes aiguës post-pneumoniques	47
TRAITEMENT	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

